

ÚLCERES TUMORALS

Aquestes lesions tenen l'origen en el creixement d'un càncer de pell primari (limfoma, sarcoma, melanoma, carcinoma basocel·lular o espinocel·lular, etc.) o es poden produir de manera secundària per un infiltrat metastàtic a la pell, freqüent en processos neoplàsics de mama, pulmó, laringe, ovari, còlon i genitals.

També inclouen les ferides que s'originen en l'exèresi parcial o total d'un tumor (colostomies, traqueotomies, etc.) i de la complicació d'altres procediments terapèutics utilitzats, com ara la radioteràpia i la quimioteràpia.

Punts clau

Tenint en compte la baixa prevalença, els nivells d'evidència són escassos. Alguns autors situen la incidència entorn al 10% de pacients amb metastasi en la fase final de la malaltia.

Gran repercussió per al pacient (imatge corporal), la família i l'equip que l'atén.

Cal orientar les cures al confort del pacient i a la conducció del procés en general, en funció del pronòstic de vida.

1. Definició

Les úlceres malignes són el resultat de la infiltració tumoral de la pell i de les seves estructures vasculares i limfàtiques per la progressió d'un tumor local, una disseminació metastàtica o una recidiva posttractament, que produeixen una úlcera oberta que no cicatritza i destrueix el teixit del voltant. Tenen clínica pròpia (cadascuna té les seves característiques i simptomatologia) i una gran repercussió per al pacient, la família i els professionals que l'atenen.



2. Etiologia

Primària	Secundària
<p>Neoplàsies de pell</p> <ul style="list-style-type: none">• No melanoma:<ul style="list-style-type: none">• Carcinoma basocel·lular• Carcinoma espinocel·lular• Sarcoma de Kaposi• Limfoma• Carcinoma de cèl·lules de Merkel• Melanoma	<ul style="list-style-type: none">• Per metàstasi• Per exèresi total o parcial d'un tumor• Úlceres que evolucionen a carcinomes• Complicacions de procediments terapèutics: radioteràpia, quimioteràpia

3. Valoració i exploració

PACIENT

- Etiologia de la malaltia
- Pronòstic
- Situació actual
- Estat general
- Estat funcional
- Estat nutricional
- Valoració psicosocial i de l'entorn

CURES LOCALS: VALORACIÓ DE L'ÚLCERA

VALORACIÓ DE L'ÚLCERA



Etiologia	Tipus de teixit
Localització	Exsudat (característiques i quantitat)
Nombre de lesions o de nòduls	Presència d'olor, intensitat
Estad	Dolor
Dimensions	Sagnat
Profunditat	Infecció
Trajectes fistulosos	Pell periulceral (color i integritat)
Color del llit de la lesió	

ESTADIS

Grau 1	Lesió amb eritema i/o induració.
Grau 2	Lesions nodulars sense pèrdua de la integritat de la pell.
Grau 3	Lesió cutània amb pèrdua de la integritat de la pell, amb cavitat o no.
Grau 4	Lesions exofítiques o cavitats associades a estomes o fistulitzacions.

ETIQUETES DIAGNÒSTIQUES

Classificació Internacional de Malalties, 10a revisió (CIM10)

- C44-9. Neoplàsia de pell

North American Nursing Diagnostics Association (NANDA)*

- I00126 Coneixements deficients
- I00047 Risc de deteriorament de la integritat cutània
- I00046 Deteriorament de la integritat cutània
- I00044 Deteriorament de la integritat tissular
- I00004 Risc d'infecció
- I00206 Risc de sagnat
- 00118 Trastorn de la imatge corporal
- 00132 Dolor agut

*La descripció dels NIC i NOC corresponents és a la guia TIME.

4. Tractament

CURES GENERALS ORIENTADES A:

- Controlar els símptomes, proporcionar confort i benestar.
- Afavorir el suport emocional.
- Si són lesions que desfiguren i amb mala olor, triar apòsits apropiats que siguin discrets, tenint en compte la imatge corporal i l'autoestima del pacient

CURES ESPECÍFIQUES

CONTROL DELS SÍMPTOMES	
Neteja	Suau amb sèrum salí aplicat per la força de la gravetat o amb una xeringa, sense friccionar.
Control del teixit no viable/ desbridament	Eliminació del teixit desvitalitzat prioritant el desbridament autolític amb hidrogels perquè és menys traumàtic. També podem realitzar un desbridament enzimàtic amb col·lagenasa o quirúrgic. En situacions de fase terminal i depenent de l'etiologia pot no estar indicat el desbridament.
Control del dolor Utilitzar l'analgèsia adequada amb fàrmacs, segons l'escala analgèsica de l'OMS	Cal tenir present el dolor que pot generar el moment de la cura i, si cal, actuar amb les pautes següents: Analgèsia prèvia a la cura <ul style="list-style-type: none">• Valorar l'aplicació d'analgèsia local:<ul style="list-style-type: none">• Lidocaïna al 2% o gel de lidocaïna 30 minuts abans de la cura.• Morfina/gel de morfina en apòsits que cobreixin la ferida 30 minuts abans de la cura.• Cobrir amb pomada anestèsica de lidocaïna i procaïna (EMLA, LAMBALINA), entre 30-60 minuts abans de la cura, cobrint l'úlcer a amb un apòsit oclusiu.• Si les cures són molt doloroses, abans cal administrar fàrmacs analgèsics. De vegades pot ser necessari sedar el pacient amb midazolam i/o morfina per via subcutània abans de la realització de la cura.

(continua)

CONTROL DELS SÍMPTOMES (continuació)

Control del sagnat

Si hi ha risc de sagnat protegirem la ferida amb apòsits de malla antiadherent, tipus silicona o similar. No s'ha de rascar ni friccionar.

Si hi ha sagnat:

- Compressió.
- Rentatge amb sèrum fred.
- Esponja hemostàtica que no retirarem a les cures següents (per no augmentar el risc d'hemorràgia) i que té la capacitat de reabsorbir-se en teixit desvitalitzat.
- Tocs amb barra de nitrat de plata (cal mullar la barreta abans d'utilitzar-la).
- Adrenalina al 1/1.000 amb precaució per no produir necrosi per isquèmia.
- Gases impregnades amb àcid tranexàmic.
- Regar amb àcid aminocaproic.
- Utilització de vaselina a la cura.
- Utilització de sufalcrat.
- Apòsits d'alginat càlcic que, quan entren en contacte amb l'exsudat de la ferida, ric en ions de sodi, fan que es produeixi un intercanvi: l'alginat absorbeix ions de sodi i allibera ions de calci al medi. Això forma un gel que manté un ambient humit. La presència de ions càlcics en el medi afavoreix l'acció hemostàtica.
- **Si presenta sagnat massiu:** se n'informarà la família i se sedarà el pacient segons pauta mèdica. S'utilitzaran tovalloles de color fosc per tapar la lesió, així l'impacte emocional per a la família serà menor.
- Si cal, es pot recórrer a la capacitat hemostàtica de la radioteràpia.

Control de l'olor

- Cura amb metronidazole gel al 2% (fórmula magistral) els dies que sigui necessari.
- Apòsits de carbó activat que neutralitzen l'olor i que també serveixen per gestionar l'exsudat o la infecció segons si el producte està associat amb hidrofibra d'hidrocol·loide o plata.
- Combinació amb mesures ambientals: gotes d'ambientador, productes balsàmics, ventilació, etc.
- Cal respectar la situació del pacient tenint cura de la nostra actitud.
- És necessària l'empatia, apropar-nos i acompanyar el pacient i la seva família.

(continua)

CONTROL DELS SÍMPTOMES (continuació)

Control de l'exsudat	S'han d'utilitzar apòsits adequats: alginats, hidrofibra d'hidrocol-loide o escumes per augmentar l'absorció de l'exsudat. Si cal, s'utilitzaran compreses quirúrgiques.
Control de la càrrega bacteriana	<p>La presència de detritus abundants, teixit desvitalitzat, és una característica molt freqüent en aquestes úlceres i, juntament amb l'increment de l'exsudat, afavoreix la proliferació de bacteris i la possibilitat d'infecció.</p> <p>La infecció és una de les complicacions més importants i la conseqüència és la mala olor que, a més, és el símptoma que més preocupa els pacients que pateixen aquestes ferides.</p> <p>Què cal fer:</p> <ul style="list-style-type: none">• Extrepar la neteja de la ferida.• S'ha de valorar la neteja de la ferida amb clorhexidina sabó al 4% i esbandir-la (també ajuda a evitar la colonització de la ferida i per tant la mala olor).• S'ha d'eliminar el teixit desvitalitzat amb el desbridament autolític i/o enzimàtic.• S'han d'utilitzar apòsits antimicrobians: són molt eficaços per controlar la infecció, i per tant, per controlar la mala olor.

CONTROL D'ALTRES SÍMPTOMES

Si hi ha pruija: gel de xilocaïna, esteroides o loció de calamina.

Cura de la pell perilesional: cal evitar les maceracions utilitzant productes barrera, pomades amb òxid de zinc, etc.

Cal extrepar les cures en el cas d'úlceres pròximes a traqueotomies, laringectomies, etc. per evitar haver d'introduir productes i irritar l'estoma.

De vegades les ferides poden presentar cucs: en aquests casos cal aplicar apòsits impregnats d'èter pur; normalment desapareixen amb dues cures.

La freqüència de les cures dependrà de l'olor i/o de l'exsudat. S'han d'utilitzar embenats apropiats per millorar la percepció de la imatge corporal i sempre per afavorir el benestar del pacient en funció del pronòstic de vida.



Carcinoma infiltrant de mama. © C.Morros

5. Complicacions

Les més freqüents són: el dolor, la infecció i el sagnat.

En l'abordatge de les complicacions tindrem present la situació concreta de cada cas (moltes vegades l'atenció és domiciliària), sempre en funció del confort del pacient i de l'*expectativa* de vida.

6. Bibliografia

<http://www.universidaddelasalud.es/pdf/investigacionysalud/pdf/MANEJO%20INTERDISCIPLINAR%20DE%20LAS%20ULCERAS%20TUMORALES.pdf>, consultat el 16.8.2012.

GNEAUPP (Grup Nacional per a l'Estudi i Assessorament en Úlceres per Pressió i Ferides Cròniques): Documento técnico Geneaupp n.º XII: Nutrición y heridas crónicas. (Abril de 2011). 20-08-2012.

<http://www.geneaupp.es/app/adm/documentos-guias> (31.08.2012).

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/control-sintomas-cuidados-paliativos/> (16.08.2012).

Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. Servicio Cántabro de Salud. 20.08.2012.

- El material fotogràfic d'aquesta guia és de Morros Torné, Concepció.
- Grup de Naïres i Ferides d'AIFICC. Coordinació: García Arcos, Elvira.
- Membres del grup: Álvaro Rangil, Teima; Berenguer Pérez, Míriam; Cegri Lombardo, Francisco; Manuel Martí, Blanca; Marquilles Bonet, Carme; Monsó Lacruz, Carme; Morros Torné, Concepció; Rovira Calero, Glòria.

